

診療情報管理室この1年及び次年度事業計画

診療情報管理室 昆 貴行

当部門において、今年度は4月の新卒の診療情報管理士採用により、職員2名、臨時職員の2名体制となりました。また臨時職員に関しては午後より医療支援相談室及び医療安全管理部等への業務補助を行うといった、フレキシブルな内部運用を今年度より採用した。

さらに今年度はオーダリングシステムの患者プロフィールへの感染症情報及びアレルギー情報、コメント欄の追加等のカスタマイズを行い、また平成17年度の事業計画の退院時サマリシステムに関しては平成18年4月稼働に向けて現在細部調整中である。今年度の事業としてはDPCの基礎調査の着手やクリニカルインジケータの指標項目の洗い出しといった、次年度に向けての事前準備が大半であった以下は、平成18年度の事業計画の一部である。

1. DPC(診断群分類別包括支払い方式)導入に向けての事前調査 診療情報管理システムの更新について

DPCとは

診断群分類(DPC:Diagnosis procedure combination)は入院患者の分類方法であり、もともとは患者ごとの医療資源の使われ方を比較するための枠組みである。

世界の様々な国で、各々の国の医療実態にあった診断群分類が導入され、さまざまな医療機関への支払いの枠組みとして活用されている。例えば、米国では1入院単位の支払いの基礎として利用されている。イギリス、フランスでは佳再配分の配分係数の基礎として利用されている。世界でのさまざまな国で、それぞれの国の医療実態にあった診断群分類が導入され、さまざまな形で医療機関への支払い方法の枠組みとして活用されている。例えば、米国では1入院単位での支払いの基礎として活用されている。

日本では1998年11月から、国立病院など10病院で診断群分類を活用した1入院単位での包括評価の試行事業が実施されている。

包括評価の基礎となる診断群分類は、専門家による臨床的観点からの検討、特定機能病院から収集したカルテおよびレセプトのデータ(2000年7～10月の全退院患者、26万7000人分)に基づき開発された。

診断群分類そのものは575傷病、2552分類に及ぶが、包括評価の対象になるのは、このうち1860分類である。

1860分類に該当しない患者は、従来通りの出来高払いの算定になる。

今回、特定機能病院の包括評価で導入された診断群分類は第3版となる。第1版は1998年11月から実施された国立病院など10病院の試行事業で使用され、分類数は183分類であった。第2は2002年4月から民間病院などにも対象医療機関が拡大されたときに導入され、診断群分類は532分類(包括支払い対象は267分類)であった。

日本における診断群分類は、まず、傷病名(資料資源を最も投入した傷病名)により分類する。次に診療行為(手術・処置など)、重症度により分類する。傷病名は国際疾病分類(ICD, International Classification of Disease)によりコーディングを行う。手術・処置については診療報酬点数表のKコード、Jコードなどで定義する。重症度については、傷病ごとに評価する重症度の指標を設定している。

診断群分類の基礎となるのは、医師による診断と診療行為の組み合わせである。とくに重要なのは、「医療資源を最

も投入した傷病名」の決定である。「医療資源を最も投入した傷病名」とは、入院患者の入院期間全体を通してみて、治療した傷病のうち、最も人的・物的医療資源を投入した傷病名である。1入院中に複数の傷病に対して治療が行われた場合でも、「医療資源を最も投入した傷病名」は1傷病名に限る。「医療資源を最も投入した傷病名」が不明な時点では、「入院の契機となった傷病名」に基づいて診断群分類を決定する。

診断群分類では副傷病(合併症と表記する場合もある)の有無も重要である。副傷病の有無を条件にしている診断群分類は、診断群分類ごとに副傷病が定義される。定義された副傷病を1つでも合併していれば副傷病のありの条件を満たすことになる。医学的な副傷病が存在しても、定義告示で定義されていない場合は副傷病なしと分類される。重症度の有無で診断群分類が分かれている場合には、その指数(例えばJCSなど)が診断群分類別に指定されている。

診療報酬体系の見直しについて、医療提供体制の在り方も含めた今後の中長期的な医療費適正化方策との整合性についても留意しながら行うこととし、平成18年度の医療費改定において以下の項目を中心とした検討が行われている。

- i 医療技術の適切な評価・技術の難易度、時間、技術力等を踏まえた評価、生活習慣病の重症化予防、医療技術の評価・再評価等
- ii 医療機関のコスト等の適切な反映

疾病の特性等に応じた評価・急性期入院医療・診断群別分類別包括評価(DPC)に基づく支払病院の拡大 慢性期入院医療・・・患者の状態像に応じた評価 イ 医療機関等の機能に応じた評価・入院医療・・・平均在院日数の短縮の促進、入院時の食事、看護体制等に係る評価の在り方・外来医療・・・病診の機能分化と連携、初再診料の見直し等

というのがDPCの概要であるが、2006年の診療報酬改定の方向性として厚生労働省発表された医療制度構造改革試案には現在の医療情勢の流れでも、数年後には当院もDPCの導入は避けられない状況になると考えられる。

またその前段階として今年度、調査協力病院として当院が参加に関わらず、出来高払いとの収益的な比較検討のための情報インフラ整備は必須である。

2. リスクマネジメントシステムの導入

リスクマネジメントシステム導入の一義的な目的として、「事故防止活動を通して、組織の損失を最小に抑え、『医療の質を保証すること』であろう。すなわち、1) 経済的損失、2) 患者・家族、来院者および職員の障害、3) 病院の信頼の損失を抑えることにあり、そういった意味では病院経営の根幹に迫る問題となる。これは、病院における予算管理や人事管理、診療管理など以上に取り組みなければならない問題である。

また、実際の事故が発生した際には事故への対応と同時に「事故は改善のための機会である(improvement opportunity)」として逃げることなく積極的に調査し、原因を分析し、改善策を練る必要性があらう。

誤認事故を防止するためには、人間はエラーを犯すものであるということを前提として、個人およびシステムによるエラーのチェック機能を強化していくことが重要であらう。たとえば、エラーの確率が1/100の医療行為に対して、見逃し率1/100のチェックを3回実施するようにした場合、

計算上は事故の確率を、 $10^{-2} \times 10^{-2} \times 10^{-2} \times 10^{-2} = 10^{-8}$ と、極めて低い確率まで下げることが可能となるわけである。そのために、今までのインシデント・アクシデント情報をオンラインによる迅速な情報収集、高精度の情報による現状分析、対策プラン立案のまでのサイクルPlan (計画)-Do (実施)-Check (監視)-Action (改善) を確立させることで、「安全」を形づくり、医療の水準をより高めます支援ソフトの導入が望まれる

3. 個人情報保護

2004年度内の当院における体制整備を予定していたが、諸般の事情により整備が完了しなかったため、次年度も下記に基づいた上で整備を完了させたいと思う。

基本5原則 個人情報取扱事業者の義務等 医療・医学研究に関連した検討課題

1. 利用目的による制限
2. 適正な方法による取得
 - (1) 利用目的による制限及び適正な取得
- ア. 利用目的の明確化
- イ. 利用目的の不合理な変更の禁止
- ウ. 利用目的の本人通知 (公表等知りうる状態にする)
- エ. 適用除外
 - (1) 本人の同意がある場合
 - (2) 生命、身体又は財産保護のための緊急性
- オ. 適法かつ適正な方法による取得・本人以外の収集制限によりがん、脳卒中などの疾病登録事業が不完全となる
 - ・家族からの医療情報収集が困難となる
 - ・診断治療目的で収集した情報を無断で研究には使えない
 - ・収集された情報の2次利用が困難
 - 例：症例集積報告やレセプト情報に基づく医療費分析
 - ・後ろ向き研究 (過去に遡った情報 [健診結果、手術既往等] と新たな健康被害の関係解析など) が困難
 - 例：症例対照研究、放射線被曝影響の健康調査
3. 内容の正確性の確保
4. 安全保護措置の実施 (2) 適正な管理
- ア. 個人データの内容の正確化、最新化
- イ. 個人データ保護のための必要な措置、及び監督
- ウ. 個人データ取扱を第三者に委託する場合、選定の配慮、監督責任・過去の情報を消去せずに蓄積できるようにする必要
 - ・個人識別情報とデータセットを分離管理するなどの安全保護措置が必要
 - ・多くの共同研究者でデータセットの共同利用が困難
- (3) 第三者提供の制限・
- ア. 個人データを第三者に提供禁止
 - (本人同意がある場合、生命、身体又は財産の保護のための緊急の場合を除く)
- イ. 適用除外
 - (1) 営業譲渡、分社等で営業資産として引き継ぐ場合
 - (2) 明確化された利用目的のため共同又は委託により、個人データを扱う場合
 - (3) 特定の者との間で相互に利用する場合で、利用目的及び提供先等について本人に通知され、又は公表等がある場合
 - (4) 第三者提供目的の場合で、本人からの求めに応じて、

提供禁止その他の適切な措置を講ずる場合で、本人に通知され、または公表等がある場合・多施設共同研究が困難

- ・疾病登録事業、研究が困難
5. 透明性の確保 (4) 公表等
 - ア. 事業者の不利益、本人通知する場合などを除いて次ぎの事項をについて公表等する
 - (1) 利用目的、(2) 事業者名、(3) 開示等に必要手続き、(4) その他個人情報の保護を図るための必要事項
 - イ. 変更事項について公表等を行う
 - (5) 開示
 - ア. 本人又は第三者の不利益になる場合などを除いて本人に対して当該個人データを開示
 - イ. 開示に応じない場合、その理由を説明
 - (6) 訂正等
 - ア. 本人又は第三者の不利益になる場合などを除いて本人の請求に応じてデータの訂正、追加、削除その他の措置を講じる
 - イ. 訂正等に応じない場合、その理由を説明
 - (7) 利用停止等
 - ア. 本人又は第三者の不利益になる場合などを除いて本人の請求に応じてデータの利用停止、削除などを講じる
 - イ. 利用停止などに応じない場合、その理由を説明・客観的なデータ収集が困難
 - 例：がん、脳卒中などの疾病登録が不備となる
 - 例：医薬品等による副作用等の報告の精度
 - (8) 苦情の処理
 - 個人情報の取扱に関する苦情について、体制の整備、適切かつ迅速な処理に努める

4. 注射システムの導入

当院において、注射業務の情報伝達及び院内注射在庫管理の効率化に伴い、注射システムの導入を検討する必要がある。患者取り違い等の医療事故防止の観点から考慮すると、患者認証システム等の導入も同時に検討したいと思う。

5. スキャニングシステム

退院診療録の法定年数以上の現物保管は現状では保存スペース及びコストの関係で実現できないのが現状であるが、昨今では法定年数以上の保管が現実には求められている。実例としては1985年～1986年製造のミドリ十字製造の非加熱血液凝固因子製剤によるHIVの感染においてはおよそ製造から10年後である1995年～1996年にかけて旧厚生相血液凝固因子製剤による非血友病HIV感染に関する調査プロジェクトチームにより、診療録等の当時の記録から当該製剤の投与者を調査したという経緯があった。

今後このような事件が生じた際には、近年の患者の知る権利への意識の高まりから、多くの問い合わせが発生すると予想される。つまり開示請求が生じた際に、当院が行った医療行為に対して、当時の診療録といった根拠を持って患者様の納得行くまで説明を行うことによって、患者様に信頼される医療即ち地域社会から信頼される医療への一要素ではないかと考える。